

## Tumores Benignos del Esófago

Por el Dr. Roberto C. FERRARI,  
de Buenos Aires, Argentina.

(Continúa)

Los quistes de origen glandular se sitúan en la submucosa y tienen las características de quistes por retención del contenido glandular en el fondo de saco de una glándula.

Entre las formaciones de origen congénito existen en el tercio superior del esófago islotes aberrantes de mucosa gástrica; son *las glándulas cardíacas del esófago de Schaffer y de Eberty*. Glinsky dice haber observado estas formaciones en el 50 % de los casos. A estas glándulas se debería, según varios autores (Nakamura, Stachelín, Burkand), la existencia de quistes de origen glandular.

El estudio histológico de los quistes glandulares muestra que se componen de una pared de origen conjuntivo y un epitelio pavimentoso, cúbico o aplanado, según el grado de desarrollo y la distensión del quiste.

Es necesario distinguir estos quistes por retención de otros que se observan a nivel de la bifurcación de la tráquea y se sitúan entre ésta y el esófago. Su volumen es generalmente mayor y pueden alcanzar al de una manzana, como en el caso de Wyss. La mayoría son hallazgos de autopsia y no han ocasionado síntomas. Son muy raros. Bittenweiser (4), pudo coleccionar quince casos, de los cuales trece eran hallazgos de autopsias. En un caso de su observación, el quiste situado en la porción anterolateral de la pared del esófago, tenía las dimensiones de un huevo de paloma. Había sido hallado en la autopsia de un niño de siete días.

Krauss (30) considera que estos quistes, que se encuentran casi siempre a la altura de la bifurcación de la tráquea, entre ella y el esófago, son el resultado de la transformación quística de una anormal comunicación entre los dos órganos, una vez que ambos extremos se han cerrado.

Patterson (42) ha relatado un caso en una niña de siete semanas en la que había dificultad respiratoria intensa y progresiva y que falleció de bronconeumonía. La autopsia mostró un quiste que medía 2 x 2 y cms. Estaba casi todo él situado entre la tráquea y el esófago y desbordaba de la tráquea en su lado derecho. La pared propia del quiste, semitransparente, lisa, blanquecina, estaba firmemente adherida a la pared del esófago, pero no había comunicación con la luz del órgano. La insuficiencia respiratoria había sido causada por compresión de la tráquea. El estudio histológico mostró que el quiste estaba formado por una pared fibrosa y tenía un contenido citrino. El interior de la pared propia estaba

tapizado por un epitelio pavimentólo con glándulas mucosas. En la pared había restos de fibras musculares estriadas.

El estudio histológico de la mayoría de los casos muestra que la pared es fibrosa con un epitelio estratificado y un contenido lechoso o gelatinoso. Serían verdaderos quistes dermoideos de origen fetal. En el contenido de estos quistes congénitos es frecuente observar, lo mismo que en todos los quistes dermoideos, un contenido sebáceo y pelos.

2.—PAPILOMAS.—En el esófago se observan papilomas, lo mismo que a nivel de cualquier otro revestimiento cutáneo o mucoso. Zenker y Ziemssen han constatado en observaciones cadavéricas, en personas de edad, la existencia en la mucosa del esófago de protuberancias múltiples, aisladas o conglomeradas, del tamaño de una cabeza de alfiler o de una lenteja. El epitelio que lo cubre está engrosado y es de aspecto blanquecino debido a un catarro crónico de la mucosa; serían, según los autores citados, las *verrugas del esófago*.

Los papilomas del esófago son habitualmente simples y pediculados.

Chevalier Jackson (26) relató en su trabajo publicado en 1907, uno de los dos primeros casos de papiloma que registra la literatura. Se trataba de un papiloma único, pediculado, en un hombre de treinta y seis años. El pedículo, de 3 cms. de largo, estaba implantado a 2 cms. por debajo del cricoides. El examen microscópico permitió hacer el diagnóstico.

En 1927, Kernan (27) observó otro caso semejante en un niño de diez años. El papiloma único estaba implantado en el 1/3 inferior del esófago. El estudio histológico de la pieza extirpada permitió hacer el diagnóstico. Grinsburg (16) relató un caso personal en que eran múltiples. En otro caso de Hunt (25) se trataba de papilomas múltiples que habían producido moderada disfagia. La enferma acostumbraba introducirse una sonda esofágica desde treinta años antes. Es difícil decir si el factor inflamatorio crónico tenía alguna importancia en la formación de los papilomas o si éstos eran primitivos y habían sido la causa de la disfagia.

Patterson (39), en 1927, relató un caso de papilomas múltiples en un hombre de sesenta y seis años. Estaban situados en la extremidad inferior del esófago y producían disfagia aparecida ocho semanas antes. No había dolor, pero sí gran debilitamiento debido a la insuficiencia alimenticia. La disfagia era específica para los sólidos. La radiografía mostró obstrucción a nivel del cardias y una gran dilatación supraestrictural del esófago. La esofagoscopia permitió hacer el diagnóstico.

Los papilomas son tumores benignos. En ocasiones se agrega un fenómeno de *acantosis*, es decir, hipertrofia del cuerpo mucoso de Malpighio y leucoplasia.

Esta lesión puede cancerizarse. Por otra parte, tienen tendencia a recidivar, aun conservando, sus características de benignidad. Esta tendencia es mayor cuando se trata de papilomas múltiples:

3.—FIBROMAS.—Son los tumores más frecuentes. Se desarrollan en la submucosa. Al principio se traducen como un pequeño tumor que levanta la mucosa y hace procidencia en la luz del esófago. Su tamaño es el de una arveja; pero con frecuencia es mucho mayor. Pueden permanecer sésiles, incluidos en el espesor de las paredes del órgano, y ocasionando un grado mayor o menor de estenosis, o bien hacerse pediculados y caer en el interior de la luz; del órgano. Estos tumores tienen una consistencia dura, elástica; están cubiertos por la mucosa que permanece normal o afectada por lesiones inflamatorias o ulcerosas, de naturaleza banal, debidas al traumatismo repetido.

Las características clínicas y anatómicas de estos fibromas son semejantes a las de los tumores de igual naturaleza del rinofarinx. Su estudio histológico muestra que a veces se trata de *fibromas puros*, otras de tejido conjuntivo incompletamente *diferenciado*.

Sólo raramente estos tumores han sido posibles- de tratamiento quirúrgico. Cabot (5) relató un caso en que el tumor producía moderada disfagia; aparecía una pérdida de substancia en la imagen radiológica del esófago, pero al examen endoscópico la mucosa, aunque rechazada, no parecía alterada. Se efectuó una operación por vía transpleural derecha y se pudo extirpar una masa fibrosa, dura, encapsulada. No fue necesario abrir la mucosa. El aspecto histológico era semejante al de un neurofibroma.

Barret (1), relata un caso de un gran fibroma del esófago en una mujer de sesenta y seis años, que presentaba una gran disnea y los signos clínicos de un tumor del mediastino. No había disfagia ni signo alguno que hiciera pensar en un tumor de origen esofágico. La toracotomía exploradora permitió reconocer que se trataba de un gran fibroma nacido en la pared esófago, que había desplazado la tráquea hacia adelante. El tumor no fue extirpado. Las figuras 9 y 10 muestran la pieza recogida en la autopsia. Se trataba de un fibroma de 4 1/2 pulgadas de largo por 2 y 2 en sentido transversal, que no interesaba la mucosa. Churchill (11), citado por Barret (6), ha podido operar con éxito un caso de un pequeño fibroma que fue enucleado fácilmente por vía transpleural.

4.—MIOMAS.—Son casi siempre leiomiomas, únicos o múltiples a veces conglomerados. El tamaño varía desde el de un arveja hasta el de un huevo de pato. Generalmente se encuentran en el tercio inferior del esófago y producen estenosis; pero pueden observarse en el tercio superior como en el caso de Grümbeyer y Pijper (17). No se observan a nivel del cardias.

El estudio histológico muestra que la tumoración se desarrolla por lo común en la capa muscular circular y consiste casi siempre

en una hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares sin modificación de su estructura.

Stewart (46) observó dos casos de mioma del esófago asociados a un divertículo y sugiere que la presencia del mioma tendría una acción importante, de orden mecánico, en el origen de los divertículos. En otros casos, se encuentran miomas múltiples de pequeño tamaño; tal el caso de Rose (12) en el que la autopsia de un hombre de setenta y cuatro años demostró la existencia de miomas del tamaño de una arveja, en la unión de los tercios inferior y medio del esófago; había moderada obstrucción; por arriba de esta zona el órgano estaba dilatado y su pared hipertrofiada. Por debajo, la pared aparecía igualmente engrosada a expensas de la hipertrofia de la túnica muscular. Todo ello era atribuible a un trastorno funcional de la túnica media. La disfagia podría ser debida a la perturbación neuromuscular ocasionada por los miomas en la función de la musculatura esofágica, no a un factor mecánico. No obstante, hay casos en que la disfagia se produce por obstáculo mecánico, como en el caso de Grumbeyer y Pijper.

5.—RABDOMIOMAS.—Son excepcionales y cuando existen tienen un carácter evolutivo que los hace catalogar entre los tumores malignos. Son verdaderos tumores sarcomatosos, es decir, rabdomiosarcomas y por ello están en el límite de los tumores benignos y malignos. Adquieren, macroscópicamente, disposición poliposa..

6.—LIPOMAS.—Son muy raros. Se encuentran sólo en la submucosa o en las capas musculares. Pueden ser sésiles o pediculados. Vinson (49) y Garretson y Hardie (15) han observado dos interesantes casos de lipomas pediculados, implantados a nivel del esófago cervical. El tumor hacía procidencia por la boca. En el caso de Garretson y Hardie fue extirpado, previa ligadura del pedículo por vía endoesofágica. En el de Vinson, se hizo una esofagotomía externa cervical.

Algunos autores han sostenido que muchos lipomas pediculados que se observan en la literatura, son en realidad tumores mixtos (Tobler).

7.—MIXOMAS.—Son muy raros, si se consideran los mixomas puros, nacidos a expensas del tejido mucoso embrionario. En cambio, muchos mixomas que se han descrito son tumores conjuntivo-vasculares, de aspecto mixoide, debido a la degeneración o al edema del tejido intersticial.

8.—HEMANGIOMAS.—En la mayoría de los casos se trata de verdaderos angiofibromas en que la hipertrofia vascular se agrega a un cierto grado de hipertrofia del tejido conjuntivo. Varios casos fueron relatados por diferentes autores: Garnot, Rochet y Delafontaine hallan uno en la autopsia de un hombre muerto por cirrosis hepática. El angioma, del tamaño de una lenteja y polilobulado, se encontraba en medio de dilataciones, varicosas de la mucosa.

mayoría de las veces el tumor pediculado asienta en el esófago cervical a poca distancia de su oficio superior. Si el tumor es pequeño, puede suceder que no cause ningún síntoma, pero si su pedículo es largo puede permitirle salir por la boca. Cuando son grandes pueden causar sensación de cuerpo extraño, de obstáculo, de náuseas.

Los tumores pediculados son de tamaño variable desde el de una cereza al de una pequeña naranja y únicos casi siempre; el pedículo es a veces muy corto, pero otras es muy largo y permite la salida del tumor por la boca. Están recubiertos por la mucosa esofágica que con frecuencia está infiltrada y ulcerada. En general se trata de fibromas, miomas, fibrolipomas. .

Si este pedículo permite la salida del tumor por el orificio superior del esófago, puede causar trastornos respiratorios, como en el caso de Wérych (56) en que el tumor causó la muerte súbita por asfixia, por haber ocluido la entrada de la laringe.

En el caso de Iardoff, mientras se efectuaba la anestesia para hacer una observación esofagoscópica, el enfermo vomitó una masa poliposa que llenaba casi toda la cavidad bucal. El paciente de Monso podía expulsar a voluntad la masa del tumor que llegaba hasta la arcada dentaria. En un caso de Patterson (40), se trataba de un mixofibroma pediculado, implantado en el lado izquierdo del esófago, a 2 cms. por debajo de su extremidad superior, que en diversas, oportunidades se había exteriorizado a través de la faringe. El pedículo pudo ser seccionado por las vías naturales.

En un caso de Garretson y Hardie (15), se trataba de un fibrolipoma pediculado, cuyas dimensiones eran aproximadamente de 15 cms. de largo por 1,5 de diámetro. En una ocasión fue exteriorizado por acción del vómito y el médico pudo seccionar el pedículo con una pinza.

En el caso de Chitty (10) se trataba de un hombre que en un acceso de tos expulsó un largo pólipo que colgaba 18 cms. de la arcada dentaria. Se practicó una esofagotomía externa cervical y pudo reconocerse su pedículo implantado a nivel de la boca del esófago. La sección del mismo permitió la extirpación del tumor.

#### DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de los tumores benignos del esófago se hace unas veces por la simple observación del mismo, que hace prociencia a través de la boca. Otras veces, los síntomas de disfagia, de molestia o de dolor llaman la atención hacia el esófago. Como en todos los casos, el diagnóstico debe hacerse por la radiología y la esofagoscopia.

*(Continuará).*